

## Partisipasi dalam Promosi Kesehatan pada Kasus Penyakit Demam Berdarah (DB) Ditinjau dari Pemberdayaan Psikologis dan Rasa Bermasyarakat

Francisca M. Josef<sup>1</sup>

Palang Merah Norwegia

Banda Aceh

Tina Afiatin<sup>2</sup>

Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada

### Abstract

Dengue Fever (DF) and its severe form, Dengue Haemorrhagic Fever (DHF), are major causes of morbidity and mortality for human beings. The cases of DF illness always increases in every year, especially when flood disaster occurred. Geographic position of Indonesia in tropical area made every province is DF endemic area. In 1997, there were 31.784 people and 156.697 people in 2007 who suffered from DHF. The Indonesian government conduct the community empowerment program as follows trainings for cadres of DHF prevention (Jumantik PSN DBD) in the communities and conduct the DHF prevention campaign in the schools in order to decrease the case number of DHF patients.

The aims of this research as follows: (1) to know the influence of the Psychological Empowerment to the Participation in Health Promotion on the Disease Case of DF; (2) to know the influence of the Sense of Community to Participation in Health Promotion on the Disease Case of DF; and (3) to know the effective contribution from both Psychological Empowerment or Sense of Community toward Participation in Health Promotion on the Disease Case of DF.

The participants of this research were 137 women with specific criteria: married, high school as the minimum education level, and has their own income. This research was conducted in Sleman District, the specific coverage area in Community Health Center (Puskesmas) of Gamping, Depok, Mlati, Kalasan, and Prambanan.

The result of regression analysis shown: (1) Both of the Psychological Empowerment and the Sense of Community have influenced on the Participation in Health Promotion on the Disease Case of DF ( $R=0,436$ ;  $p < 0,01$ ), (2) the Psychological Empowerment has influenced on the Participation in Health Promotion on the Disease Case of DF ( $r=0,314$ ;  $p < 0,01$ ), (3) the Sense of Community has insignificant influenced on the Participation in Health Promotion on the Disease Case of DF ( $r=0,100$ ;  $p > 0,05$ ); (4) Both predictor variables contributes 19% to the criterion.

**Keywords:** participation, psychological empowerment, sense of community, dengue fever (DF)

<sup>1</sup> Korespondensi mengenai artikel ini dapat dilakukan dengan menghubungi: [maristhajosef@gmail.com](mailto:maristhajosef@gmail.com).

<sup>2</sup> Korespondensi mengenai artikel ini dapat dilakukan dengan menghubungi: [afiatin2003@yahoo.com](mailto:afiatin2003@yahoo.com).



Demam Dengue (*Dengue Fever/DF*) dan dalam bentuk yang lebih parah adalah Demam Berdarah Dengue/DBD (*Dengue Haemorrhagic Fever/DHF*) merupakan penyakit yang berbahaya dan menimbulkan kematian pada manusia (WHO, dalam Chua, Chua, Chua, & Chua, 2005; Renganathan et al., 2003). Penyakit DF/DHF adalah penyakit yang disebabkan oleh Dengue Virus (DEN) dari famili *Flaviviridae*, genus *Flavivirus* (Figueiredo, 2003). Virus ini ditularkan melalui perantara vektor nyamuk betina *Aedes aegypti*. Serotipe Dengue terdiri dari DEN-1, DEN-2, DEN-3, dan DEN-4 (Chua et al., 2005; Figueiredo, 2003; Renganathan et al., 2003).

Setiap tahun di seluruh dunia terjadi lebih dari 100 juta kasus penyakit demam dengue dan lebih dari 100.000 kasus DBD. Hanya Afrika dan Timur Tengah yang jauh dari peristiwa Kejadian Luar Biasa (KLB) DBD (Sopotammarak, 2003). Seluruh provinsi di Indonesia merupakan wilayah endemis DBD dan selalu mengalami peningkatan jumlah penderita DBD setiap tahun. Terhitung sejak tahun 1997 terdapat 31.784 jiwa penderita DBD (Kompas, 19 Februari 2008) dan tahun 2007 terdapat 156.697 jiwa penderita DBD (Kompas, 20 Februari 2008). Khusus di Yogyakarta, data pada tahun 2006 terdapat penderita DBD 2.184 jiwa kemudian meningkat menjadi 2.463 jiwa pada tahun 2007 (Kompas, 8 Februari 2008).

Respon masyarakat untuk berpartisipasi aktif dalam pencegahan penyakit DBD sesuai himbauan dan ajakan pemerintah bukan hal yang mudah. Di lain pihak, pemerintah juga memiliki ketidakmampuan untuk mengatasi persoalan penyakit DBD secara tuntas dan berkelanjutan. Realita yang terjadi di masyarakat sampai saat ini menunjukkan bahwa adanya keterbatasan pengetahuan dan informasi tentang cara pencegahan penyakit DBD

pada masyarakat (Kompas, 1 Maret 2008; 13 Maret 2008; 7 Juli 2008), sulitnya membuat semua orang peduli dan mau berusaha menjaga kebersihan lingkungan untuk pencegahan penyakit DBD (Hutabarat, Windyaningsih, & Delianna, 2007; Kompas, 2 Februari 2008; 7 Juli 2008; 1 Maret 2008; 13 Maret 2008), rendahnya kesadaran dan tanggung jawab kolektif untuk berperilaku hidup bersih dan sehat (Kompas, 8 Februari 2008; 4 Maret 2008), dan orang merasa lebih percaya pada metode pemberantasan nyamuk dengan bahan kimia dibandingkan melakukan PSN secara mandiri (Cahyo, 2006; Haryono, 1999; Kompas, 2 Februari 2008; Kompas, 7 Juli 2008).

Minimnya partisipasi masyarakat membuat program promosi kesehatan tidak dapat bertahan jangka panjang, sehingga kondisi kesehatan masyarakat menurun (Dalton, Elias, & Wandersman, 2001; Green & Kreuter, 1991). Partisipasi masyarakat merupakan kunci utama dalam mobilisasi masyarakat pada program promosi kesehatan berbasis komunitas untuk pencegahan dan pengendalian penyakit menular DBD (Therawiwat, Fungladda, Kaewkungwal, Iamee, & Steckler, 2005; Raju, 2003). Partisipasi masyarakat dijadikan strategi global untuk penanganan DBD yang tersusun dalam "Dengue-Communication for Behavioral Impact" (Dengue-COMBI) (Renganathan et al., 2003).

Definisi partisipasi dalam penelitian ini keterlibatan individu dalam untuk berpendapat dan ikut mengambil keputusan pada proses identifikasi masalah dan kekuatan yang dimiliki, perencanaan solusi, pelaksanaan, dan evaluasi sesuai dengan tujuan dan manfaat yang ingin dicapai bersama (Ewles & Simnett, 2003; Yoo et al., 2004). Keterlibatan individu dari proses perencanaan sampai pada proses evaluasi tersebut



berdasarkan dinamika pengalaman, ide-ide, perasaan, dan kontribusi kekuatan yang dimiliki individu untuk ikut serta mengambil keputusan yang berdampak bagi diri sendiri dan komunitasnya.

Model konseptual dari Kieffer, Wandersman, Zimmerman, dan McMillan et al., (dalam Dalton, Elias, & Wandersman, 2001), faktor-faktor yang berperan dalam partisipasi masyarakat adalah (a) rasa bermasyarakat, (b) provokasi, (c) pemberdayaan psikologis, dan (d) situasi yang mendorong pemberdayaan. Konseptual model tersebut melibatkan sisi individual (berupa pemberdayaan psikologis), lingkungan (berupa provokasi, organisasi akar rumput), dan interaksi dari individu dan lingkungan (berupa partisipasi masyarakat dan rasa bermasyarakat). Didukung dengan penelitian Guareschi & Jovchelovitch (2004), Nelson et al., (2004), ulasan jurnal oleh Foster-Fishman, Berkowitz, Lounsbury, Jacobson, & Allen, (2001), dan Prilleltensky (2008), perlu diteliti lebih lanjut tentang peran pemberdayaan psikologis dan rasa bermasyarakat dengan partisipasi masyarakat. Gender adalah salah satu variabel yang mempengaruhi partisipasi masyarakat dan pemberdayaan psikologis (Peterson, Lowe, Aquilino, & Schneider, 2005). Perempuan cenderung lebih aktif berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan ketika berada di dalam situasi organisasi dan ketika lebih merasa berdaya secara psikologis.

Berkaitan dengan kesetaraan gender, harus ada keikutsertaan perwakilan laki-laki dan perempuan secara seimbang dalam proses pengembangan masyarakat agar dapat mengakomodasi kepentingan dan kebutuhan kelompok rentan dan kelompok marjinal (The Sphere Project, 2006). Apabila dibandingkan dengan laki-laki, perempuan memiliki sumberdaya dan akses yang lebih sedikit untuk mendapat-

kan proteksi dan penghargaan secara hukum, akses yang lebih sempit terhadap pengetahuan dan informasi, serta kekuatan yang lebih lemah untuk pengambilan keputusan baik di dalam maupun di luar rumah (Oxfam, 2004; Hadar, dalam Subono 2001; WHO, 2002). Sebagian besar perempuan di dunia memiliki frekuensi yang rendah untuk mengendalikan kehidupannya, khususnya kesehatan (Amiruddin, 2004; Lopez-Carlos & Zahidi, 2005; Oxfam, 2004; WHO, 2002; Yuarsi, 2005); terlebih lagi perempuan dengan pendapatan rendah dan janda (Oxfam, 2004; The Sphere Project, 2006; WHO, 2002).

Kajian dari penelitian yang mengulas tentang peranan ibu terhadap pencegahan penyakit DBD menunjukkan bahwa peningkatan pengetahuan dan partisipasi ibu sangat berperan sangat penting (Chua et al., 2005; Hasanah, 2006; Siahaan, 2006; Tram et al., 2003). Alasan yang dikemukakan adalah peran perawatan anak ketika sakit dititikberatkan pada ibu, pengetahuan ibu terhadap serangan penyakit DBD yang masih minim, transmisi penyakit melalui gigitan nyamuk terjadi pada siang hari pada saat anak-anak beraktivitas di lingkungannya, serta karakter nyamuk betina yang bertelur di dalam genangan air pada kontainer yang ada di dalam maupun di luar rumah, dan nyamuk-nyamuk tersebut malah bersembunyi di dalam rumah ketika dilakukan pengasapan.

Pemberdayaan adalah suatu cara dengan mana rakyat, organisasi, dan komunitas diarahkan agar mampu menguasai atau berkuasa atas kehidupannya (Rappaport, dalam Dalton et al., 2001; Speer & Peterson, 2000). Menurut The Cornell Empowerment Group (dalam Nelson et al., 2004) pemberdayaan adalah sebuah intensi yang berasal dari komunitas lokal, yang melibatkan rasa saling menghargai satu sama lain, refleksi kritis, kepedulian, dan



partisipasi kelompok, pada saat orang-orang tersebut mengalami ketidakseimbangan pembagian sumber-sumber yang tersedia di lingkungannya kemudian berusaha untuk menambah akses dan kontrol yang lebih besar terhadap sumber-sumber tersebut.

Pemberdayaan psikologis merupakan kesadaran kritis individu terhadap kondisi masyarakat dan keahlian untuk memobilisasi kekuatan pada diri sendiri dan komunitas (Dalton et al., 2001), meskipun Prilleltensky (2008) menyebutkan bahwa daya itu tidak hanya berasal dari kekuatan psikis tetapi gabungan antara kekuatan politis dan psikis. Kesadaran kritis tersebut merupakan pemahaman-pemahaman individu bahwa ketidakseimbangan kondisi kesehatan dipengaruhi oleh ketidakseimbangan kondisi sosial (Campbell & Murray, 2004; Nelson et al., 2004), ingin mengubah perilakunya dan mengembangkan keterampilan personal dengan cara bekerja simultan untuk memperbaiki struktur sosial yang merugikan mereka (Freire, dalam Campbell & Murray, 2004), ada perasaan diperlakukan tidak adil dalam suatu komunitas dan ketidakseimbangan kondisi sosial yang berpengaruh terhadap kesehatan (Conway & Hachen, 2005; Guareschi & Jovchelovitch, 2004), keyakinan bahwa pengetahuan membuat individu lebih percaya diri untuk menentukan pilihan kesehatan (Kok, Schaalma, Ruiter, Empelen, & Brug, 2004; Nelson et al., 2004).

Untuk meningkatkan pemberdayaan masyarakat di Indonesia, pemerintah menerbitkan buku-buku panduan dan tata laksana pengendalian penyakit DBD (Hadinegoro et al., 2004; Hutabarat, Windyaningsih, Delianna, 2007; Suroso et al., 2007), program pelatihan kader Jumantik atau Juru Pemantau Jentik PSN DBD di komunitas (Kompas, 2 Februari 2008) dan di sekolah-sekolah (Kompas, 3

November 2007), program kampanye cegah DBD (Kompas, 19 Februari 2008), dan meluncurkan program Desa Siaga pada wilayah endemis DBD (Departemen Kesehatan RI, 2006). Kabupaten antara lain di Kudus, Provinsi Jawa Tengah. Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus menyiapkan antisipasi meningkatnya kasus DBD dengan membentuk Jumantik di 77 desa yang diberi pendidikan dan pelatihan tentang kesehatan khususnya DBD. Setelah para kader jumantik dibekali dengan informasi dan pengetahuan yang benar untuk pengendalian vektor dan pencegahan DBD, pemerintah mengharapkan mereka dapat menjadi pionir mobilisasi masyarakat PSN DBD di komunitas tempat tinggalnya (Kompas, 2 Februari 2008).

Mengacu pada penelitian Therawiwat et al., (2005) dan Kreuter, Lukwago, Bucholtz, Clark, & Sanders-Thompson, (2003), budaya lokal dan nilai-nilai kebijakan lokal dipandang sebagai kekuatan sosial yang mempengaruhi keefektifan pengendalian penyakit di masyarakat. Kebudayaan masyarakat Indonesia, khususnya kebudayaan Jawa, mengenal budaya gotong royong dan gugur gunung. Konsep dasar gotong royong dan gugur gunung adalah rasa kebersamaan di dalam masyarakat, rasa yang menyatukan anggota masyarakat untuk menyelesaikan suatu pekerjaan besar bersama-sama (Purwadi, 2006; Purwadi & Dwiyanto, 2007). Perasaan itu membuat pekerjaan di masyarakat menjadi tanggung jawab bersama dan diselesaikan secara kolektif pula.

Komunitas yang memiliki rasa bermasyarakat yang tinggi akan memperkuat keterlibatan mereka dalam mengidentifikasi persoalan kesehatan di komunitasnya. Rasa bermasyarakat adalah perasaan individu bahwa dirinya merupakan bagian dari komunitas, tempatnya berbagi pengalaman emosional dan perasaan saling



mebutuhkan diantara anggota komunitas tersebut. Elemen-elemen dalam rasa bermasyarakat adalah keanggotaan, pengaruh, integrasi dan pemenuhan kebutuhan, dan keterkaitan pengalaman emosional (McMillan, dalam Dalton et al., 2001). Individu yang memiliki rasa bermasyarakat cenderung lebih mudah untuk berpartisipasi dalam program yang dijalankan di masyarakat karena mereka memiliki ikatan sejarah dan pengalaman yang sama di tempat tinggalnya tersebut (Freudenberg, 2004). Rasa bermasyarakat membuat individu mengalami perasaan terlibat dan memiliki kekuatan, serta merasa ikut bertanggung jawab terhadap komunitasnya (Evans, 2007). Rasa bermasyarakat yang kuat pada individu dapat meningkatkan kesadaran terhadap stresor yang berasal dari lingkungan fisik dan dampak dari bencana lingkungan sehingga menurunkan angka morbiditas (Parker et al., 2004).

Partisipasi, pemberdayaan psikologis, dan rasa bermasyarakat merupakan variabel-variabel yang penting untuk diteliti. Ketiga variabel tersebut merupakan kekuatan sosial yang berperan untuk mereduksi kompleksitas keterbatasan pelayanan kesehatan. Keterbatasan pelayanan kesehatan dilihat dari dua sisi, yaitu (a) sisi penyedia suplai layanan kesehatan dan (b) sisi pemakai layanan kesehatan (Bandura, 2004). Dengan kata lain keterbatasan dilihat dari sisi pemerintah atau profesional kesehatan sebagai penyedia atau dari sisi masyarakat sebagai pemakai.

Berdasarkan uraian masalah tersebut maka penulis memfokuskan pada variabel penelitian pemberdayaan psikologis dan rasa bermasyarakat sebagai faktor yang berperan dalam partisipasi masyarakat untuk pencegahan penyakit DB. Penelitian yang akan dilaksanakan ini akan difokuskan pada sisi pemakai layanan kesehatan yaitu masyarakat. Dengan demikian

permasalahan dalam penelitian ini adalah apakah pemberdayaan psikologis dan rasa bermasyarakat berperan terhadap partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB?

Zimmerman & Rappaport (dalam Duffy & Wong, 2003) mendefinisikan partisipasi individu di dalam negara secara umum adalah keterlibatan individu secara sukarela dalam berbagai aktivitas yang terorganisir untuk mencapai tujuan bersama. Partisipasi komunitas di dalam suatu negara biasanya dikaitkan dengan perubahan sosial yang ada di masyarakat. Partisipasi masyarakat adalah proses dimana setiap individu ikut serta mengambil keputusan di dalam institusi, program, dan lingkungan yang mempengaruhi hidup mereka kepentingan komunitasnya sendiri dan membuat pendapatnya didengar sehingga mempengaruhi keputusan (Dalton, et al., 2001; Heller et al., 1984; Hubley, 1993).

Partisipasi dalam promosi kesehatan adalah desentralisasi dalam pengambilan keputusan dengan cara membuat keputusan sendiri, mengorganisir aktivitas secara mandiri, melibatkan tanggung jawab yang lebih besar dan membutuhkan alokasi sumber daya keuangan dan material. Dengan demikian orang akan terbantu untuk memiliki kontrol yang lebih besar terhadap determinan yang mempengaruhi kesehatan mereka (Hill, dalam Chesworth, 1996). Bukan hal yang mudah bagi setiap individu untuk dapat memilih atau menentukan gaya hidup bersih dan sehat (Milio, dalam Naidoo & Wills, 2000). Untuk membantu memudahkan individu dalam memilih perilaku hidup yang sehat, maka dilakukanlah upaya promosi kesehatan (Naidoo & Wills, 2000).

Promosi kesehatan adalah sebuah peristiwa, aktivitas, dan proses yang memfasilitasi individu, kelompok,



komunitas, atau populasi sehingga mereka mampu melindungi dan meningkatkan derajat kesehatan (Renwick, Brown, & Nagler, 1996), mengurangi insiden penyakit di sebuah populasi dimana fokusnya pada pencegahan penyakit bukan pada penyembuhan pada saat penyakit sudah muncul (Heller, et al., 1984), melibatkan intervensi perilaku dan lingkungan (Marks, Murray, Evans, & Willig, 2000; Renwick et al., 1996). Tujuan dari promosi kesehatan adalah memperpanjang kehidupan dan meningkatkan kualitas hidupnya dengan mencegah atau mengurangi dampak dari kekurangan fisik dan/atau kesehatan mental pada individu baik secara langsung maupun tidak langsung (Marks, et al., 2000; Renwick, et al., 1996).

Promosi tindakan PSN DBD digencarkan karena lebih efektif dibandingkan metode pemberantasan dengan bahan kimia dan dapat dilakukan oleh masyarakat setempat yang tinggal di seluruh wilayah yang terjangkau, di wilayah sekitarnya, dan yang merupakan satu kesatuan epidemiologis (Suroso et al., 2007; Hadinegoro et al., 2004; Hutabarat et al., 2007). Kegiatan PSN DBD dapat diusahakan dengan sumber daya yang berasal dari masyarakat sendiri. Kegiatannya cukup sederhana yaitu dengan melakukan "3 M Plus".

Sesuai dengan pemaparan di atas, sosialisasi dan penggalakan aktivitas PSN DBD seharusnya merupakan aktivitas yang berkonsentrasi pada pencegahan primer dalam promosi kesehatan dimana aktivitas dilaksanakan sebelum terjadi peristiwa kasus DBD di lingkungan masyarakat, masyarakat. Diharapkan masyarakat menerima pengetahuan dan informasi tentang penyakit DBD, nyamuk penular DBD, pencegahan DBD, pertolongan pertama terhadap penyakit DBD, dan terlibat dalam penyebaran informasi tentang DBD di komunitas.

Penelitian yang akan dilakukan ini menggunakan aspek-aspek dalam berpartisipasi yang terdiri atas keterlibatan dalam identifikasi masalah, identifikasi kekuatan masyarakat, penyusunan strategi penyelesaian masalah, pelaksanaan program, dan evaluasi program.

Konsep pemberdayaan psikologis yang diajukan oleh Zimmerman & Rappaport (dalam Rudkin, 2003), serta hasil penelitian Speer & Peterson (2000); Akey, Marquis, & Ross (2000); Short & Rinehart (1992) memfokuskan pemberdayaan sebagai bagian dari keadaan psikologis individu untuk dapat berkuasa atas kehidupannya yang berusaha meningkatkan kapasitas internal atau psikis. Untuk mempertahankan kesinambungan dan keberlanjutan peningkatan kekuatan di masyarakat, kedua konsep tentang pemberdayaan harus seiring sejalan dan saling mendukung satu dengan yang lain. Dengan demikian, apabila individu ingin membuat perubahan kualitas hidup pribadi dan masyarakat, maka diperlukan pemberdayaan psikologis untuk mendorong aktualisasi perilaku yang merespon pada kesenjangan kekuatan atau kekuasaan yang dirasakan masyarakat. Kesadaran terhadap kesenjangan kekuatan dapat mengarahkan individu untuk berpikir kritis terhadap persoalan-persoalan komunitas yang berdampak terhadap kesejahteraan masyarakat. Penelitian ini memfokuskan pada pemberdayaan psikologis adalah perasaan positif individu bahwa ia mampu mengubah kondisi hidupnya dan membuat alternatif pilihan untuk mengubah, mengatasi, dan beradaptasi dengan kondisi lingkungannya berdasarkan pada aspek-aspek kognisi, keyakinan terhadap kemampuan diri sendiri, keyakinan terhadap kekuatan kolektif, komitmen, motivasi, dan kesempatan untuk mendapatkan sumber-sumber kekuatan diri.



Dengan demikian, penelitian yang akan dilakukan ini menggunakan aspek-aspek dalam pemberdayaan psikologis yang terdiri atas kognisi, keyakinan terhadap kemampuan diri sendiri, keyakinan terhadap kekuatan kolektif, komitmen, motivasi, dan kesempatan untuk mengakses kekuatan diri.

Dalton et al., (2001) mengemukakan dua macam tipe komunitas, yaitu: (a) Lokalitas yang diartikan sebagai konsep tradisional yang menerangkan penduduk yang tinggal di dalam lokasi tertentu, yaitu blok, lingkungan bertangga, kota, bahkan negara. Ikatan interpersonal yang ada di antara penduduk tersebut merupakan ikatan berdasarkan proksimitas atau jarak, bukan pada pilihan. Pada individu yang memiliki rasa bermasyarakat yang tinggi, mereka akan menunjukkan loyalitas dan mengidentifikasi diri sendiri dengan merujuk pada daerah asalnya. Kelekatan pada tempat tinggal menjadi elemen kunci dalam membentuk rasa bermasyarakat (Chavis & Pretty dalam Dalton et al., 2001); dan (b) Relasional yang diartikan oleh Heller (dalam Dalton et al., 2001) sebagai komunitas dalam tipe relasional yang berarti adanya hubungan interpersonal dan rasa bermasyarakat yang tidak dibatasi secara geografis. Contohnya kelompok bantu diri, unit kegiatan pelajar, kegiatan voluntarian, partai politik, dan asosiasi kaum profesional, serikat buruh, dan lain-lain.

Saranson (dalam Rudkin, 2003) berpendapat bahwa rasa bermasyarakat membutuhkan rasa saling menghargai, saling ketergantungan dalam memberi dan menerima bantuan serta mempertahankan situasi tersebut. Rasa bermasyarakat mengarah pada rasa kepemilikan, merasa menjadi bagian kecil dari sebuah struktur komunitas yang besar. Rasa bermasyarakat juga merupakan persepsi akan adanya

kesamaan dengan orang lain, pernyataan adanya saling ketergantungan satu sama lain, kesediaan untuk memelihara saling ketergantungan ini dengan cara memperlakukan orang lain sesuai dengan harapan individu kepada orang lain, memelihara perasaan bahwa seseorang merupakan bagian dari sebuah struktur yang lebih besar, stabil, dan dapat diandalkan (Sarason, dalam Duffy & Wong, 1996).

Menurut Bell, Greene, Fisher, & Baum (2001) rasa bermasyarakat mengikutsertakan rasa memiliki, yaitu fenomena psikologis yang tidak membutuhkan bukti kepemilikan legal terhadap suatu lokasi atau bangunan, tetapi lebih pada perasaan atau kesadaran individu akan adanya hubungan khusus yang luar biasa terhadap situasi tertentu. Bell et al., (2001) menyamakan rasa bermasyarakat dengan istilah kelekatan individu pada suatu tempat dan didalamnya terdapat ikatan sosial antar tetangga. Rasa bermasyarakat adalah perasaan memiliki dalam diri individu, bahwa individu bermakna bagi satu sama lain dan bagi kelompok, dan kepercayaan bersama bahwa kebutuhan individu akan terpenuhi melalui komitmen dalam kebersamaan (McMillan & Chavis, dalam Dalton et al., 2001).

Berdasarkan uraian di atas, maka dalam penelitian ini rasa bermasyarakat didefinisikan sebagai perasaan individu bahwa dirinya adalah bagian dari suatu komunitas, memiliki suatu komunitas, dan lekat dengan komunitas yang hidup bersama dalam letak geografis tertentu yang mana perasaan ini muncul akibat adanya kesamaan dan saling ketergantungan individu dengan individu lain di dalam komunitas. Penelitian yang akan dilakukan ini menggunakan aspek-aspek *rasa bermasyarakat* yang terdiri atas keanggotaan, pengaruh, integrasi dan pemenuhan kebutuhan, dan keterikatan pengalaman



emosional. Berdasarkan kajian teoritis maka hipotesis dalam penelitian ini adalah: (1) Partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB dipengaruhi oleh pemberdayaan psikologis dan rasa bermasyarakat; (2) Partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB dipengaruhi oleh pemberdayaan psikologis; dan (3) Partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB dipengaruhi oleh rasa bermasyarakat.

### Metode

Variabel yang diteliti adalah: Partisipasi dalam Promosi Kesehatan untuk Kasus penyakit DB sebagai variabel kriteria. Variabel-variabel prediktor antara lain pemberdayaan psikologis dan rasa bermasyarakat.

#### Subjek Penelitian

Penelitian dilakukan pada responden berjenis kelamin perempuan, telah menikah, pendidikan terakhir minimal SMU dan memiliki penghasilan sendiri, dengan jumlah total responden 137 orang. Responden tinggal di wilayah Kecamatan Depok (Puskesmas Depok 1), Kalasan (Puskesmas Kalasan), Mlati (Puskesmas Mlati 1), Gamping (Puskesmas Gamping 1), dan Prambanan (Puskesmas Prambanan). Kriteria tersebut dilihat dari kesesuaian data identitas subjek dalam angket. Dasar pemilihan kriteria subjek penelitian adalah anggota masyarakat dianggap subjek yang paling tahu dengan situasi dan kondisi wilayah tempat tinggalnya. Lokasi dipilih berdasarkan urutan yang memiliki angka kasus DB tertinggi di Kab. Sleman, DIY.

#### Alat Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan alat berupa tiga buah skala dengan 4 pilihan, yang

terdiri dari (A) Skala Partisipasi dalam Promosi Kesehatan pada Kasus Penyakit DB, (B) Skala Pemberdayaan Psikologis, dan (C) Skala Rasa Bermasyarakat. Pada skala partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB, subjek diminta memilih salah satu jawaban dari 4 pilihan antara lain selalu, sering, kadang-kadang, tidak pernah. Skor nilai untuk butir *unfavorable* bergerak dari 1 sampai 4 dan untuk butir *favorable* bergerak dari 4 sampai 1. Contoh soal pada Skala Partisipasi dalam Promosi Kesehatan pada Kasus Penyakit DB adalah: Saya turut mencari tahu penyebab DB yang terjadi di tempat tinggal saya; Setiap ada kesempatan saya bersedia mengajukan diri untuk menjadi juru pemantau jentik di tempat tinggal saya; Merasa bukan tanggung jawab pribadi untuk merancang perbaikan program pencegahan DB di tempat tinggal saya.

Pada skala pemberdayaan psikologis dan skala rasa bermasyarakat, subjek diminta memilih salah satu jawaban dari 4 pilihan, yaitu (a) SS atau sangat setuju, (b) S atau setuju, (c) TS atau tidak setuju, dan (d) STS atau sangat tidak setuju. Skor nilai untuk butir *unfavorable* bergerak dari 1 sampai 4 dan untuk butir *favorable* bergerak dari 4 sampai 1. Contoh soal pada Skala Pemberdayaan Psikologis adalah: Saya merasa bahwa saya memiliki kemampuan yang cukup untuk membuat kondisi lingkungan yang lebih baik; Saya berusaha tanpa kenal lelah untuk mengubah keadaan hidup saya. Contoh Skala Rasa Bermasyarakat adalah: Saya merasa bangga sebagai warga di wilayah tempat tinggal saya sekarang ini; Saya merasa bahwa tempat tinggal saya ini dapat memenuhi kebutuhan batin saya. Reliabilitas pada masing-masing skala adalah sebagai berikut: (1) Skala partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB ( $\alpha = 0,927$ ); (2)



Skala pemberdayaan psikologis ( $\alpha = 0,964$ ); dan (3) Skala rasa bermasyarakat ( $\alpha = 0,919$ ).

#### Analisis Data

Untuk menguji hipotesis digunakan teknik analisa regresi ganda dengan bantuan program SPSS 15. Sebelum melakukan analisa regresi, dilakukan uji asumsi yang terdiri dari uji normalitas dan linieritas.

### Hasil

Hipotesis penelitian yang pertama terbukti sangat signifikan dalam penelitian ini. Metode analisis regresi menghasilkan nilai  $F=15,751$  ( $p<0,001$ ) yang berarti pemberdayaan psikologis dan rasa bermasyarakat mempengaruhi promosi kesehatan pada kasus DB.

Hipotesis kedua penelitian ini terbukti menunjukkan pengaruh yang sangat signifikan antara variabel pemberdayaan psikologis terhadap variabel partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB. Hasil analisis korelasi Pearson satu ekor diperoleh hubungan positif yang signifikan antara variabel pemberdayaan psikologis dengan variabel partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB ( $r=0,427$ ;  $p<0,01$ ). Variabel partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB dipengaruhi oleh variabel pemberdayaan psikologis dengan mengendalikan variabel rasa bermasyarakat diperoleh  $r=0,314$ ;  $p<0,01$ .

Hipotesis ketiga tidak terbukti, Variabel rasa bermasyarakat tidak berperan secara signifikan jika berdiri sendiri terhadap variabel kriterium. Hasil analisis korelasi Pearson satu ekor diperoleh hubungan positif yang signifikan antara variabel rasa bermasyarakat dengan variabel partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB ( $r=0,319$ ;  $p<0,01$ ).

Pengaruh dari variabel prediktor rasa bermasyarakat terhadap variabel partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB dengan mengendalikan variabel prediktor pemberdayaan psikologis diperoleh  $r=0,100$ ;  $p>0,05$ . Hal ini berarti variabel pemberdayaan psikologis yang memiliki pengaruh paling signifikan terhadap variabel kriterium.

Partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB dapat diprediksi dari pemberdayaan psikologis dan rasa bermasyarakat sebesar  $R^2=0,190$  (19%). Variabel prediktor yang lain mempengaruhi sekitar 81% terhadap variabel kriterium.

Sumbangan efektif masing-masing prediktor terhadap kriteriumnya dilakukan analisis regresi dengan metode *stepwise*. Hasil analisis regresi memunculkan bahwa sumbangan efektif dari variabel prediktor Pemberdayaan psikologis sebesar 18,2 persen ( $R^2=0,182$ ),  $F=30,070$ ;  $p<0,01$ . Sumbangan efektif dari variabel prediktor rasa bermasyarakat sangat kecil yaitu sebesar 0,8 persen. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa variabel prediktor pemberdayaan psikologis yang paling berpengaruh dan memberikan sumbangan terbesar terhadap variabel kriterium partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB.

Hasil analisis regresi dengan metode *enter* diperoleh bahwa partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB dipengaruhi oleh pemberdayaan psikologis dan rasa bermasyarakat secara signifikan, diperoleh koefisien konstanta B sebesar 57,134, koefisien B Pemberdayaan psikologis sebesar 0,347, dan koefisien B pada rasa bermasyarakat sebesar 0,163. Dengan demikian persamaan garis regresi dengan metode *enter* tersebut disusun sebagai berikut:

$$\hat{Y} = (0,347) X_1 + (0,163) X_2 + 57,134$$



Keterangan:

$\hat{Y}$  = Partisipasi dalam Promosi Kesehatan pada Kasus Penyakit DB

X1= Pemberdayaan psikologis

X2= Rasa bermasyarakat.

Hasil analisis regresi dengan metode *stepwise* dilakukan untuk memperoleh data yang lebih teliti tentang peran variabel prediktor yang paling berpengaruh terhadap variabel kriterium. Hasil analisis data menunjukkan bahwa partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB dipengaruhi sangat kuat oleh pemberdayaan psikologis, koefisien konstanta B sebesar 58,727, koefisien B pemberdayaan psikologis sebesar 0,408. Dengan demikian persamaan garis regresi dengan metode *stepwise* tersebut disusun sebagai berikut:

$$\hat{Y} = (0,408) X1 + 58,727$$

Keterangan:

$\hat{Y}$  = Partisipasi dalam Promosi Kesehatan pada Kasus Penyakit DB

X1= Pemberdayaan psikologis

### Diskusi

Berdasarkan hasil analisis regresi ganda dan korelasi parsial didapatkan hasil bahwa hipotesis pertama dan kedua terbukti sangat signifikan sedangkan hipotesis ketiga tidak terbukti. Penjelasan hipotesis tersebut selengkapannya akan dibahas satu persatu.

Hipotesis pertama penelitian ini yang menyatakan bahwa "Partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB dipengaruhi oleh pemberdayaan psikologis dan rasa bermasyarakat" terbukti. Ini berarti semakin kuat pemberdayaan psikologis dan rasa bermasyarakat secara bersama-sama maka semakin tinggi tingkat partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB. Penguatan upaya-

upaya pemberdayaan psikologis dan rasa bermasyarakat akan membuat partisipasi masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DB semakin meningkat.

Hipotesis kedua yang menyatakan bahwa "Partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB dipengaruhi oleh pemberdayaan psikologis" terbukti. Hal ini berarti Pemberdayaan psikologis yang dimiliki oleh subjek memberikan peranan yang paling besar terhadap partisipasi warga dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DBD. Semakin kuat pemberdayaan psikologis yang dimiliki subjek maka semakin tinggi tingkat partisipasi warga.

Pemberdayaan didefinisikan sebagai kesempatan individu untuk memiliki kekuatan, pilihan, otonomi diri, dan tanggung jawab (Lightfoot, dalam Short & Reinhart, 1992). Didukung oleh hasil penelitian Guareschi & Jovchelovitch (2004), Therawiwat et al.. (2003), dan Raju (2003) yang menunjukkan bahwa pengetahuan, keahlian, dan status sosial menjadi bagian dari pemberdayaan. Dengan kata lain, individu yang memiliki pengetahuan, keahlian, dan status sosial yang kuat akan memiliki kesempatan yang lebih besar untuk memiliki kekuatan/kekuasaan, pilihan, menentukan otonomi dirinya, dan tanggung jawab.

Demi meningkatkan partisipasi masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit DB, perlu mempertimbangkan faktor pemberdayaan psikologis pada diri individu. Pemberdayaan dapat diperkuat dengan adanya status pendidikan dan penghasilan individu. Dengan memiliki sumber daya pengetahuan atau informasi serta didukung dengan kemampuan untuk mandiri dari segi penghasilan, mempengaruhi individu untuk aktif dalam berbagai kegiatan pencegahan penyakit DB. Ulasan penelitian Guareschi &



Jovchelovitch (2004) dan Nelson et al., (2004) menunjukkan bahwa untuk meningkatkan partisipasi masyarakat di dalam program berbasis komunitas, informasi dan dukungan finansial menjadi salah satu sumber daya yang diperkuat. Dengan kekuatan individu dan masyarakat tersebut diharapkan mampu mempersempit jarak antara pihak otoritas/kaum profesional dengan masyarakat. Partisipasi dapat ditingkatkan dengan memperkuat pemberdayaan psikologis individu dan masyarakat. Dengan keberdayaan secara psikis, setiap orang memiliki pemahaman bahwa dirinya memberikan kontribusi terhadap perubahan kondisi kesehatan lingkungan yang lebih baik lagi di lingkungan tempat tinggalnya. Dengan pengetahuan dan informasi, individu akan lebih percaya diri untuk menentukan pilihan-pilihan hidup sehat (Kok et al., 2004; Nelson et al., 2004).

Hipotesis ketiga dalam penelitian ini yang menyatakan bahwa "Partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB dipengaruhi oleh rasa bermasyarakat" tidak terbukti. Dengan melihat hasil analisis korelasi Pearson satu ekor diperoleh hubungan positif yang signifikan antara variabel rasa bermasyarakat dengan variabel partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB ( $r=0,319$ ;  $p < 0,01$ ). Hubungan antara rasa bermasyarakat terhadap variabel partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB dengan mengendalikan variabel prediktor pemberdayaan psikologis menunjukkan nilai korelasi sebesar ( $p=0,247$ ). Ini berarti peran variabel rasa bermasyarakat dapat diabaikan ketika dipakai dalam menjelaskan variabel partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB. Variabel rasa bermasyarakat tidak berperan secara signifikan jika berdiri

sendiri dalam menjelaskan promosi kesehatan pada kasus DB.

Pada korelasi Pearson ditemukan bahwa ada korelasi antara variabel rasa bermasyarakat dengan variabel pemberdayaan psikologis sebesar 0,575 ( $p<0,001$ ). Ada dugaan bahwa variabel rasa bermasyarakat tidak secara langsung mempengaruhi partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB, tetapi mempengaruhi variabel Pemberdayaan psikologis terlebih dahulu. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa secara tidak langsung rasa bermasyarakat berhubungan positif dengan partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB.

Menurut Peterson et al. (2005) gender adalah salah satu variabel yang mempengaruhi partisipasi masyarakat dan pemberdayaan psikologis. Penelitian yang dilakukan Itzhaky & York (dalam Peterson et al., 2005) menunjukkan bahwa laki-laki yang memiliki pemberdayaan psikologis yang lebih tinggi akan cenderung berpartisipasi di masyarakat sebagai representatif dari masyarakat sedangkan perempuan yang memiliki pemberdayaan psikologis yang lebih tinggi cenderung berpartisipasi di dalam organisasi dan cenderung berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan. Penemuan ini menyarankan bahwa laki-laki dan perempuan cenderung memilih cara yang berbeda untuk berpartisipasi pada setting komunitas. Dari hasil penelitian tersebut, kecenderungan perempuan untuk berpartisipasi dalam upaya pencegahan penyakit DB di komunitas bukan ditentukan oleh rasa bermasyarakat. Perempuan cenderung lebih aktif berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan ketika berada di dalam situasi organisasi.

Karakter subjek penelitian yang berjenis kelamin perempuan karena terkait dengan peran sosial yang berlaku di



masyarakat. Menurut penelitian Yuarsi (2004) hal yang berkaitan dengan perawatan kesehatan anak, pekerjaan rumah tangga, dan segala urusan tentang anak-anak, biasanya diserahkan kepada perempuan. Ulasan Purwadi (2007) dan Purwadi & Dwiyanto (2006) kegiatan berupa membangun jalan, atau pekerjaan konstruksi biasanya diserahkan kepada anggota masyarakat yang berjenis kelamin laki-laki.

Lebih lanjut Peterson et al., (2005) menemukan bahwa perempuan yang memiliki rasa bermasyarakat yang rendah cenderung kurang berpartisipasi di masyarakat. Berdasarkan kategorisasi rasa bermasyarakat pada subjek penelitian ditemukan bahwa 51 persen pada kategori sedang dan rendah, sedangkan subjek yang memiliki kategori tinggi hanya 49 persen. Ada kecenderungan rasa bermasyarakat yang rendah pada subjek penelitian membuat partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB juga melemah.

Peneliti mengambil tiga kesimpulan berdasarkan penjabaran dan analisis yang didapat dari penelitian tentang partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB ditinjau dari pemberdayaan psikologis dan rasa bermasyarakat sebagai berikut: (1) Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB dipengaruhi secara signifikan oleh pemberdayaan psikologis dan rasa bermasyarakat. Sumbangan efektif kedua variabel prediktor secara bersama-sama terhadap variabel kriterium sebesar 19 persen ( $R^2=0,190$ ); (2) Pemberdayaan Psikologis berpengaruh secara signifikan terhadap partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB. Pemberdayaan psikologis memiliki korelasi positif yang signifikan terhadap partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB dengan

koefisien korelasi Pearson sebesar 0,427 ( $p < 0,01$ ). Hasil ini diperkuat dengan hasil korelasi parsial antara pemberdayaan psikologis dengan mengontrol rasa bermasyarakat diperoleh harga korelasi sebesar 0,314 ( $p < 0,01$ ). Sumbangan efektif variabel pemberdayaan psikologis diperoleh dengan menggunakan analisa regresi metode *stepwise* sebesar 18,2 persen ( $R^2=0,182$ ); dan (3) Rasa bermasyarakat tidak memberikan pengaruh yang signifikan terhadap partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB secara langsung. Rasa bermasyarakat memiliki korelasi yang positif terhadap partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB dengan korelasi sebesar 0,319 ( $p < 0,01$ ). Peran variabel rasa bermasyarakat terhadap partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB dengan menggunakan korelasi parsial diperoleh hasil yang tidak signifikan diperoleh korelasi sebesar 0,100 ( $p > 0,05$ ).

Berdasarkan hasil analisis, pembahasan, dan kesimpulan, maka diajukan saran-saran yaitu bagi perancang dan pengelola program pencegahan penyakit DB di masyarakat disarankan kepada pengelola program pencegahan penyakit DB di masyarakat untuk: (a) Mengupayakan pelatihan-pelatihan yang memperkuat pemberdayaan psikologis individu agar meningkatkan partisipasi masyarakat dalam usaha pencegahan penyakit DB; (b) Memperhatikan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi partisipasi dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB; (c) Mengukur partisipasi masyarakat dalam promosi kesehatan pada kasus penyakit DB secara teratur melalui survei baik kepada perempuan maupun laki-laki; (d) Memperhatikan pemberdayaan psikologis pada masyarakat dengan mengupayakan peningkatan pengetahuan, motivasi, komitmen, serta memperkuat keyakinan



terhadap kekuatan individual dan kolektif. Selain itu untuk peneliti selanjutnya agar; (a) Meneliti subjek dengan perbedaan jenis kelamin, memperbanyak jumlah subjek, dan memperluas cakupan area pengambilan data; (b) Peneliti lain diharapkan dapat mengungkap variabel-variabel lain yang dapat memprediksi munculnya partisipasi dalam program promosi pada kasus penyakit DB yang belum diteliti dalam penelitian ini seperti (1) provokasi, (2) situasi pemberdayaan, dan (3) karakter individual yang beraneka ragam.

### Kepustakaan

- Akey, T. M., Marquis, J. G., & Ross, M. E. (2000). Validation of scores on the psychological empowerment scale: a measure of empowerment for parents of children with a disability. *Educational and Psychological Measurement*, 60 (3), 419-438.
- Amiruddin, M. (2004). Angka kematian ibu: agenda utama masalah hak dan kesehatan reproduksi perempuan. *Jurnal Perempuan*, 35, 53-62.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31 (2), 143-164.
- Bell, P. A., Greene, T. C., Fisher, J. D. & Baum, A. (2001). *Environmental Psychology* (Fifth Edition). Florida: Hartcourt Brace College Publishers.
- Cahyo, K. (2006). Kajian faktor-faktor perilaku dalam keluarga yang Mempengaruhi pencegahan penyakit demam berdarah dengue (DBD) di Kelurahan Meteseh Kota Semarang. *Media Litbang Kesehatan XVI* (4), 32-41.
- Campbell, C. & Murray, M. (2004). Community health psychology: promoting analysis and action for social change. *Journal of Health Psychology*. 9 (2), 187-195.
- Cancela, D. L. V., Chin, J. L., & Jenkins, Y. M. (1998). *Community Health Psychology: Empowerment for Diverse Communities*. USA: Routledge.
- Chesworth, J. (1996). *The Ecology of Health: Identifying Issues and Alternatives*. London: SAGE Publication.
- Chua, K. B., I-Ly Chua, I-Ee Chua, & Chua, K. H. (2005). Differential environmental preferences of gravid female aedes mosquitoes in ovipositing their eggs. *The Southeast Asian Journal Tropical Medicine and Public Health*, 36 (5), 1133-1138.
- Conway, B. P. & Hachen, D. S. (2005). Attachments, grievances, resources, and efficacy: the determinants of tenant association participation among public house tenants. *Journal of Urban Affairs*, 27 (1), 25-52.
- Dalton, J. H., Elias, M. J., & Wandersman, A. (2001). *Community Psychology: Linking Individuals and Communities*. Australia: Wadsworth.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2006). *Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga*.
- Duffy, K. G. & Wong, F. Y. (2003). *Community Psychology*. USA: Pearson Education, Inc.
- Evans, S. D. (2007). Youth sense of community: voice and power in community contexts. *Journal of Community Psychology*, 35 (6), 693-709.
- Ewles, L. & Simnett, I. (2003). *Promoting Health: A Practical Guide, Fifth Edition*. London: Baillière Tindall.
- Figueiredo, L. T. M. (2003). Dengue in Brazil: past present and future perspective. *Dengue Bulletin*, 27, 25-33.



- Foster-Fishman, P. G., Berkowitz, S. L., Lounsbury, D. W., Jacobson, S., & Allen, N. A. (2001). Building collaborative capacity in community coalition: a review and integrative framework. *American Journal of Community Psychology*, 29 (2), 241-261.
- Freudenberg, N. (2004). Community capacity for environmental health promotion: determinants and implications for practice. *Health Education and Behavior*, 31 (4), 472-490.
- Green, L. W. & Kreuter, M. W. (1991). *Health Promotion Planning, An Educational and Environmental Approach (Second Edition)*. London: Mayfield Publishing Company.
- Glanz, K., Lewis, F.M., & Rimer, B.K. (1997). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice (Second Edition)*. San Francisco: Jossey-Bass Publisher.
- Guareschi, P. A., & Jovchelovitch, S. (2004). Participation, health and the development of community resources in Southern Brazil. *Journal of Health Psychology*, 9 (2), 311-322.
- Hadinegoro, S. R. H., Soegijanto, S., Wuryadi, S., & Suroso, T. (2004). *Tatalaksana Demam Berdarah Dengue di Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Haryono. (1999). Efek program pengendalian demam berdarah dengue dan karakteristik rumah tangga terhadap status angka bebas jentik di Kotamadya Jayapura. *Tesis* (tidak diterbitkan). Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Hasanah, Z. (2006). Partisipasi ibu rumah tangga dalam pencegahan dan pemberantasan penyakit demam berdarah dengue di Kecamatan Medan Helvetia, Kota Medan, Propinsi Sumatera Utara. *Tesis* (tidak diterbitkan). Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Heller, K., Price, R. H., Reinharz, S., Riger, S., Wandersman, & A. D'Auno, T. A. (1984). *Psychology and Community Change: Challenges of the Future*. Illinois: The Dorsey Press.
- Hubley, J. (1993). *Communicating Health: An Action Guide to Health Education and Health Promotion*. London: Macmillan Education Ltd.
- Hutabarat, T., Windyaningsih, C., & Delianna, J. (2007). *Modul Pelatihan Bagi Pengelola Program Penyakit Demam Berdarah Dengue di Indonesia*. Jakarta: Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Kegler, MC., & Miner, K. (2004). Environmental health promotion intervention: considerations for preparation and practice. *Health Education and Behavior*, 31 (4), 510-525.
- Kok, G., Schaalma, H., Ruiter, R. A. .C., Van Empelen, P., & Brug, J. (2004). Intervention mapping: A protocol for applying health psychology theory to prevention programmes. *Journal of Health Psychology*, 9 (1), 85-89.
- Kompas. (3 November 2007). *Antisipasi DBD, PSN Digalakkan: Jumlah Penderita Meledak Saat Banjir*. Jakarta: P.T. Gramedia Pustaka Utama.
- Kompas. (2 Februari 2008). *Demam Berdarah: Tujuh Orang Meninggal Akibat Demam Berdarah di Kudus*. Jakarta: P.T. Gramedia Pustaka Utama.
- Kompas. (8 Februari 2008). *Kesehatan: Warga Diminta Waspada DBD di Musim Hujan*. Jakarta: P.T. Gramedia Pustaka Utama
- Kompas. (15 Februari 2008). *DBD Masih Mewabah: Keadaan Cuaca Masih Kondusif,*



- Awal Tahun Sudah 3.895 Pasien. Jakarta: P.T. Gramedia Pustaka Utama
- Kompas. (19 Februari 2008). *Penyakit Menular: Gencarkan Kampanye DBD*. Jakarta: P.T. Gramedia Pustaka Utama
- Kompas. (19 Februari 2008). *Grafik Kasus Demam Berdarah Indonesia Tahun 1997-2007*. Jakarta: P.T. Gramedia Pustaka Utama
- Kompas. (20 Februari 2008). *Penanganan DBD Masih Reaktif: Sepanjang 2008 Sudah 97 Orang Meninggal*. Jakarta: P.T. Gramedia Pustaka Utama
- Kompas. (1 Maret 2008). *Pencegahan DBD: PSN Harus Terus Digalakkan*. Jakarta: P.T. Gramedia Pustaka Utama
- Kompas. (4 Maret 2008). *Penyakit Menular: Sebanyak 96 Kelurahan di Jakarta Rawan DBD*. Jakarta: P.T. Gramedia Pustaka Utama
- Kompas. (13 Maret 2008). *Kesehatan: PSN Lebih Efektif Daripada Penyemprotan*. Jakarta: P.T. Gramedia Pustaka Utama
- Kompas. (7 Juli 2008). *Kesehatan: Cegah DB, dari "Fogging" sampai Kelambu*. Jakarta: P.T. Gramedia Pustaka Utama
- Kreuter, M. W., Lukwago, S. N., Bucholtz, D. C., Clark, E. M., & Sanders-Thompson, V. (2003). Achieving cultural appropriateness in health promotion programs: targeted and tailored approaches. *Health Education & Behavior*, 30 (2), 133-146.
- Lopez-Carlos, A. & Zahidi, S. (2005). *Women's Empowerment: Measuring the Global Gender Gap*. Switzerland: World Economic Forum.
- Mardihusodo, S.J. (1987). Mengembangkan dan meningkatkan peran serta masyarakat dalam upaya pemberantasan vektor dengue haemorrhagic fever. *Berkala Ilmu Kedokteran*, XII (1). Indonesia.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., & Willig, C. (2000). *Health Psychology: Theory, Research, and Practice*. London: SAGE Publications.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2000). *Health Promotion: Foundation for Practice (Second Edition)*. London: Baillière Tindall.
- Nelson, G., Pancer, SM., Hayward, K., & Kelly, R. (2004). Partnerships and participation of community residents in health promotion and prevention: experiences of the Highfield community enrichment project (better beginnings, better futures). *Journal of Health Psychology*, 9 (2), 213-227.
- Oxfam. (2004). *Gender Induction Package, Humanitarian Department*. Paket Pengenalan tentang Gender (tidak diterbitkan). UK: Oxfam GB
- Parker, E. A., Baldwin, G. T., Israel, B., & Salinas, M. A. (2004). Application of health promotion theories and models for environmental health. *Health Education & Behavior*, 31 (4), 491-509.
- Peterson, N. A., Lowe, J. B., Aquilino, M. L., & Schneider, J. E. (2005). Linking social cohesion and gender to intrapersonal and interactional empowerment: Support and new implications for theory. *Journal of Community Psychology*, 33 (2), 233-244.
- Piko, B. F. (2004). Interplay between self and community: A role for health psychology in Eastern Europe's public health. *Journal of Health Psychology*, 9 (1), 111-120.
- Prilelltensky, I. (2008). The role of power in wellness, oppression, and liberation: the promise of psychopolitical validity. *Journal of Community Psychology*, 36 (2), 116-136.
- Purwadi. (2006). *Ensiklopedi Adat Istiadat Budaya Jawa*. Yogyakarta: Panji Pustaka.



- Purwadi & Dwiyanto, D. (2007). *Filsafat Jawa: Ajaran Hidup yang Berdasarkan Nilai Kebijakan Tradisional*. Yogyakarta: Panji Pustaka.
- Raju, A. K. (2003). Community mobilization in aedes aegypti control programme by source reduction in per-urban district Lautoka, Viti Levu, Fiji Island. *Dengue Bulletin*, 27, 149-155.
- Renganathan, E., Parks, W., Llyod, L., Nathan, M. B., Hosein, E., Odugleh, A., Clark, G. G., Gubler, D. J., Prasittisuk, C., Palmer, K., & San Martin, J-L. (2003). Towards sustaining behavioral impact in dengue prevention and control. *Dengue Bulletin*, 27, 6-12.
- Renwick, R., Brown, I., & Nagler, M. (1996). *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation, Conceptual Approches, Issues, and Applications*. London: SAGE Publication.
- Rudkin, J. K. (2003). *Community Psychology: Guiding Principles and Orienting Concepts*. USA: Prentice Hall.
- Short, P. M. & Rinehart, J. S. (1992). School participant empowerment scale: assessment of level of empowerment within the school environment. *Educational and Psychological Measurement*, 52, 951-960.
- Siahaan, P. (2006). Efektivitas pelatihan pencegahan DBD yang dilakukan oleh kader dan petugas kesehatan terhadap efektivitas peningkatan pengetahuan dan sikap tentang pencegahan DBD: Studi kuasi eksperimen pada ibu rumah tangga di kota Merauke-Papua. *Tesis* (tidak diterbitkan) Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Sopotammarak, S. (2003). Dengue haemorrhagic fever – a threat to global health. *Dengue Bulletin*, 27, 192-194.
- Speer, P. W., & Peterson, N. A. (2000). Psychometric properties of an empowerment scale: Testing cognitive, emotional, and behavioral domains. *Social Work Research*, 24 (2), 109-118.
- Subono, N.I. (2001). *Feminis Laki-laki: Solusi atau Persoalan?*. Jakarta: Yayasan Jurnal Perempuan.
- Suharto, E. (2005). *Membangun Masyarakat Memberdayakan Rakyat: Kajian Strategis Pembangunan Kesejahteraan Sosial dan Pekerjaan Sosial*. Bandung: P.T. Refika Aditama
- Suroso, T., Kusriastuti, R., Winarno, Sofyan, RA., Wandra, T., Djohor, D., Sukowati, S., Sutomo, S., & Supeno, E. (2007). *Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN DBD) oleh Juru Pemantau Jentik (Jumantik)*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- The Sphere Project. (2006). *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. Oxford: Oxfam Publishing.
- Therawiwat, M., Fungladda, W., Kaewkungwal, J., Imamee, N., & Steckler, A. (2005). Community-based approach for prevention and control of dengue hemorrhagic fever in Kanchanaburi Province, Thailand. *The Southeast Asian Journal Tropical Medicine and Public Health*, 36 (5), 1439-1449.
- Tram, T. T., Anh, N. T. N., Hung, N. T., Lan, N. T., Cam, L. T., Chuong, N. P., Tri. L., Fonsmark, L., Poulsen, A., & Heegard, E. D. (2003). The impact of health education on mother's knowledge, attitude and practice (KAP) of dengue haemorrhagic fever. *Dengue Bulletin*, 27, 174-180.
- Vera, E. M. & Speight, S. L. (2003). Multicultural competence, social justice, and counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 31 (3), 253-272.



- Wallerstein, N. (2002). Empowerment to reduce health disparities. *Scand Journal of Public Health*, 30 (59), 72-77.
- Witten, K., Parkes, M., & Ramasubramanian, L. (2000). Participatory environmental health research in Aotearoa/New Zealand: constraints and opportunities. *Health Education & Behavior*, 27 (3), 371-384.
- World Health Organization. (2002). *Gender Analysis in Health: A Review of Selected Tools*. Switzerland: World Health Organization.
- Yoo, S., Weed, N.E., Lempa, M.L., Mbondo, M., Shada, R.E., & Goodman, R.M. (2004). Collaborative community empowerment: An illustration of a six-step process. *Health Promotion Practice*, 5 (3), 256-265.
- Yuarsi, S.E. (2005). *Perempuan Yang Terpu-ruk: Kehamilan Tidak Dikehendaki di Kalangan Pengungsi*. Yogyakarta: Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan.